МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР

УПРАВЛЕНИЕ ПО ВНЕДРЕНИЮ НОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ДИССИМУЛИРУЮЩИХ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

(Методические рекомендации)

Москва, 1982 г.

Методические рекомендации составлены во Всесоюзном ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательском институте общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского Л. Е. Ломоватским под руководством доктора медицинских наук Ф. В. Кондратьева.

Местным органам здравоохранения разрешается размножить данные методические рекомендации в необходимом количестве.

«УТВЕРЖДАЮ»
Начальник Управления по внедрению
новых лекарственных средств
и медицинской техники
Председатель Постоянного Совета
по психиатрии Минздрава СССР
Э. А. Бабаян

1 декабря 1982 г.
№ 21-59/ПС-82-14/СП

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ДИССИМУЛИРУЮЩИХ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

(Методические рекомендации)

Одной из основных задач судебной психиатрии является профилактика общественно опасных действий душевнобольных. Решение этой важнейшей задачи невозможно без четкого своевременного распознавания заболевания и правильной квалификации состояния больного при определении или изменении мер медицинского характера. При проведении судебно-психиатрической экспертизы серьезные социальные последствия вытекают, как правило, непосредственно из диагностического решения. Несвоевременное установление диагноза ведет к запоздалому применению активных методов лечения и снижению эффективности, к недостаточному внебольничному наблюдению, а также к лишению больного необходимой социальной помощи. Преждевременное прекращение принудительного лечения или же излишне длительное пребывание больного в интрамуральных условиях, ведущее к развитию так называемого госпитализма и к затруднению социальной реадаптации, также могут способствовать повторным общественно опасным действиям.

Неоднократно проводившиеся во Всесоюзном ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательском институте общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского анализы диагностических и экспертных расхождений указывают на значительную частоту случаев своевременно нераспознанной шизофрении и нередкое запаздывание правильного диагностирования на 5—10 и более лет. Вопрос о раннем диагностировании особенно актуален в отношении параноидной формы шизофрении, так как согласно эпидемиологическим данным общественно опасные действия у страдающих этим психозом встречаются чаще всего. Одним из существенных

факторов, препятствующих распознаванию шизофрении в судебно-психиатрической практике является диссимуляция. Диссимуляция вызывает значительные диагностические и экспертные трудности не только на инициальной стадии процесса или ремиссии, но и при более тяжелых психотических синдромах, более того она одна из главных причин пересмотра ранее правильно установленного диагноза шизофрении, а также преждевременной отмены принудительного лечения.

Несмотря на то, что феномен диссимуляции известен клиницистам давно, число специальных исследований проблемы диссимуляции весьма невелико, а имеющиеся литературные данные нередко содержат самые противоречивые взгляды в отношении ряда вопросов. Расходятся мнения о сущности диссимуляции, ее формах, механизмах диссимулятивного поведения, об участии отдельных компонентов психической деятельности в структурировании диссимуляции как целостного акта. Следует отметить, что в специальной литературе, посвященной диссимуляции, крайне мало уделялось внимания личностным особенностям больных, социально-престижной значимости для них считаться псхически здоровыми или душевнобольными, что особенно важно для проходящих судебно-психиатрическую экспертизу. Не учитывались другие конкретные условия, в которых проявлялась диссимуляция, в частности, не изучались особенности поведения больного в различных контактных группах в зависимости от фабулы психопатологических переживаний.

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ПОНИМАНИЯ ДИССИМУЛЯЦИИ

Диссимуляция (лат. dissimulatia — утаивание, сокрытие) в общемедицинском понимании определяется, как умышленное сокрытие признаков заболевания. Вместе с тем в психиатрической литературе наблюдается тенденция к узко профессиональному интерпретированию и использованию этого термина. Существует мнение, что диссимуляция — это симптом психического заболевания. В этом плане как признак определенной психопатологии она рассматривается в рамках отдельных нозологических форм и различных синдромов, например, шизофрении, эпилепсии, депрессивного состояния, дисморфофобического синдрома, интеллектуальной недостаточности и др. Такой подход дал основание ряду психиатров даже определять психопатологическую структурную связь диссимуляции как симптома с другими клиническими явлениями наблюдаемого синдрома.

Действительно диссимуляция довольно часто наблюдается именно у душевнобольных, однако рассматривать ее как чисто психопатологическое образование можно лишь с тех позиций, когда все поступки и высказывания душевнобольного однозначно понимаются как результат психического расстройства, как симптомы. Вместе с тем, как хорошо известно из общего учения о болезнях, симптом не существует вне синдрома. Он получает свое «знаковое бытие» только в совокупности с другими симптомами, в системе взаимосвязанных типовых расстройств, т. е. в синдроме. Из синдромов и их последовательной смены складывается клиническая картина болезни в ее развитии. В таком ключе может и должен обсуждаться вопрос о правомерности рассматривать диссимуляцию как признак какого-либо синдрома, какого-либо отдельного заболевания и психической патологии вообще.

Описание диссимуляции при депрессивных, бредовых, галлюцинаторных синдромах, при интеллектуальной недостаточности и иных состояниях психической патологии указывает на отсутствие ее синдромальной специфичности. Описание диссимуляции, т. е. умышленного сокрытия признаков заболевания, при разных нозологических формах психической патологии свидетельствует и об отсутствии ограниченности связи этого феномена с каким-либо отдельным из психических заболеваний.

Вне нозологических рамок, но применительно к психиатрии, можно наблюдать своеобразную диссимуляцию у психически здоровых, когда их расспрашивают о случаях душевных заболеваний в их родословной. Распространенное мнение о чуть ли не фатальной обусловленности психических заболеваний наследственной отягощенностью, бытующие представления, что факт кровного родства с психически больными является признаком (по меньшей мере, потенциальным) душевного заболевания, часто приводит к сокрытию наследственной отягощенности не только самими больными, но и их здоровыми родственниками. Такую диссимуляцию как сокрытие факта кровного родства с психической больными в целях не быть заподозренным в собственной психической неполноценности достаточно часто встречает в своей практике любой психиатр, собирая у родственников больных так называемый объективный анамнез.

Диссимуляция, помимо психических, описывалась и при самых различных заболеваниях, хотя чаще всего при венерических, туберкулезных и других видах патологии, которые в бытовом представлении считаются пороком, опасным для

окружающих, или когда имеющееся заболевание (его последствия) препятствует выполнению индивидом какой-либо желаемой им социальной роли, что достаточно часто наблюдается при проведении различных отборочных врачебных комиссий.

Отсутствие какой-либо синдромально-нозологической специфичности диссимуляции, диссимуляция у психически здоровых личностей позволяет утверждать, что умышленное сокрытие признаков заболевания нельзя рассматривать как какой-либо признак психической патологии и вообще как симптом какого-либо одного определенного заболевания.

Целенаправленный клинико-социальный анализ диссимулирующих больных шизофренией, церебральным атеросклерозом, алкогольными психозами и больных с органическим поражением головного мозга сложной этиологии (последствия черепно-мозговой травмы, алкоголизм) показывает, что диссимуляция предопределяет достаточное понимание больным, что те или иные его жалобы, высказывания, особенности поведения могут быть поняты окружающими как проявление психического заболевания.

Важно отметить, что при большей заинтересованности иметь статус психически нормального человека больные могут в целях диссимуляции в определенной мере соответственно модулировать свое поведение. При этом коррекция зависит то того, как оценивают больные конкретных контактных лиц микросоциального окружения, социальную значимость их отношения к себе как к здоровому или как к психически больному. В этом плане наблюдался большой диапазон выраженности диссимулятивного поведения от активной диссимуляции перед одними лицами до почти полного согласия с фактом психического заболевания — перед другими.

Поэтому диссимуляцию у психически больных следует рассматривать не как первично психопатологический симптом, а как вторичное образование — личностную защитную реакцию (акцию) больного на отношение окружающих к тем или иным его жалобам, поступкам, особенностям поведения как к признакам душевного заболевания. Больные скрывают только то, что, по их мнению, окружающими в их состоянии оценивается как ненормальное, и эта оценка больным мнения окружающих о его состоянии динамична, зависима как от реального отношения окружающих, так и от субъективных возможностей больного воспринять полностью или частично, адекватно или извращенно это отношение к себе.

Это показывает, что избранный больным модус диссимулятивного поведения зависит от того, в какой степени они могли понять, что именно из особенностей их поведения воспринимается окружающими как признак болезни. Вместе с тем у психически больных этот модус зависим и от клинического состояния, которое предопределяет возможность коррекции своего поведения согласно «норме». Такая зависимость обусловливает то, что диссимулятивное поведение больных изменяется при нарастании глубины поражения. При смене более легких синдромов сложными, «большими» синдромами психологически вполне понятная диссимуляция еще достаточно сохранных больных сменялась диссимуляцией, которая содержала в себе как признаки все более нарушенной способности критической оценки своего состояния, отношения к себе окружающих, так и потери возможности корригировать под субъективное понимание психической нормы свое поведение.

В этом плане представляет интерес динамика отношения больного к своему состоянию, его понимание происшедших и происходящих с ним перемен (выраженность анозогнозии). Снижение интеллектуальной продуктивности, сенестопатии могут объективно оцениваться как признаки заболевания, в том числе и психического. Опасения, что эту ненормальность заметят другие, модулируют поведение больного на сокрытие происходящих с ним изменений. Это, однако, не исключает обращения больного за помощью к врачам, но так, чтобы последнее не подлежало огласке. Стало быть диссимуляция здесь дифференцированная, она имеет место перед лицами, мнение которых важно для больного, чтобы сохранить реноме психически здорового человека, свой социальный статус. Ее фактически нет, когда больной ищет помощи по поводу появившихся психических изменений, которые он субъективно оценивает как болезненные.

При потере больным критического отношения к своему состоянию, при становлении анозогнозии диссимуляция имеет другие формы. Больной не скрывает своих бредовых идей, пока ему не указывают на их неправдоподобность, нелепость, ненормальность. Только тогда он перестает их высказывать или дает им по возможности психологически понятные диссимулятивные объяснения. Важно отметить и здесь избирательность такой диссимуляции. Диссимулируя перед одними лицами, такие больные могут индуцировать своими идеями других лиц. Условное согласие с больным в его «правоте» может достаточно легко снять диссимуляцию.

Первоначально лежащая в основе диссимулятивного по-

ведения душевнобольных мотивация иметь к себе отношение как к психически здоровому человеку может быть связана как с психологически понятными целями (например, более успешной социальной адаптацией), так и с патологическими (например, бредовыми) мотивами. Личностный (т. е. с учетом положения своего «Я» в социальной среде), в случаях диссимуляции, анализ больным, того что и как оценивается у него как признак болезни, имеет прямое отношение к формированию характера (социально-приемлемого или социально-опасного) поведения.

Отказ находящегося в остром психотическом состоянии больного раскрыть свои переживания, его недоступность контакту в результате включения врача в фабулу бредовой системы или запрещающих императивных галлюцинаций, не являются диссимуляцией в прямом смысле этого понятия, т. к. в этих случаях механизмы отрицания психопатологических переживаний качественно иные: больной не сообщает о них не потому, что имеет способность оценить их как возможный признак психической патологии, который следует утаить, чтобы считаться здоровым, а в силу своего психотического состояния (бредовая недоступность).

Таким образом, анализ общих основ понимания диссимуляции показывает, что ее следует рассматривать лишь с клинико-социальных позиций как ограниченное имеющейся патологией личностно-модулированное поведение, направленное на сохранение (восстановление) социального статуса здорового человека. Такое определение универсально для феномена диссимуляции как при психических, так и вообще при всех заболеваниях. Оно содержит непосредственную мотивацию — иметь реноме здорового человека, оно отражает стремление, попытки больного скрыть именно то, что окружающими, по его мнению, может быть оценено как признак заболевания и вместе с тем раскрывает связь диссимулятивного поведения (ограниченность его вариаций) с имеющимися расстройствами. В этом плане, т. е. с учетом личностной значимости иметь статус психически здорового человека, и с учетом имеющейся психопатологии должна рассматриваться диссимуляция у психически больных.

ОБЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАСПОЗНАВАНИЯ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ У ДИССИМУЛИРУЮЩИХ БОЛЬНЫХ

Необходимость проведения тщательного диагностического поиска у проходящего судебно-психиатрическую экспертизу возникает тогда, когда имеются отдельные настorожаваю-

щие, вероятностные признаки шизофрении, но они еще не слагаются в достаточно убедительную клиническую картину, не сочетаются с более определенными симптомами этого заболевания. В этой связи встает вопрос, какие же объективные сведения могут и должны насторожить эксперта, какие данные могут подтверждать предполагаемый диагноз шизофрении у обследуемого и что может остановить дифференциально диагностическую работу в плане шизофрении? Иными словами, как оценивается «баланс» про- и контрадиагноза шизофрении при получении и анализе анамнестических сведений о больном и его статусе.

Данные о наследственной отягощенности, особенно при значительном числе больных среди кровных родственников, могут служить настораживающим диагностическим признаком (отсутствие сведений о наследственной отягощенности— нейтральный в диагностическом отношении признак). Данные о наследственной отягощенности у диссимулирующих больных можно найти только в объективном анамнезе. Сами больные могут достаточно свободно говорить о психических заболеваниях у супругов или у родственников последних (что далеко не всегда соответствует фактам), стремясь в этой связи объяснить полученные от них сведения о своем неправильном поведении как недостоверные, как «плод их болезненного воображения», как «перекладывание с больной головы на здоровую».

При специальных расспросах о характерологических особенностях в период юности и становления личности от больных удается обычно получить данные, совпадающие с объективными сведениями об этом периоде жизни. В этой связи встает вопрос о диагностической роли преморбидных конституционально-характерологических черт. Этот вопрос особенно значим, когда у обследуемого наблюдается психопатоподобный статус, поскольку психопатоподобные расстройства не должны рассматриваться как простое усиление при развивающемся процессе психопатических черт, свойственных преморбидной личности.

В целом наличие анамнестических данных о психопатических особенностях личности — диагностически нейтральный признак, однако три обстоятельства должны расцениваться как стимулы дальнейшего диагностического поиска. Во-первых, это сведения о неожиданном развитии (особенно после окончания пубертатного криза) или гротескном усугублении психопатических черт. Во-вторых, некоторые клинические нюансы, присущие психопатоподобным расстройствам в рамках шизофрении: быстрая потеря чувства

реального при психастеноподобных состояниях, явления апа-
тичности и абуличность при гипотимных или элементы ге-
бефренности при гипертимных состояниях, утрата пластич-
ности и богатства воображения при истероподобных состоя-
ниях, развитие ригидности и выраженный отрыв от реаль-
ности при гиперстенических расстройствах, трафаретно-меха-
нический оттенок вспышек возбуждения при психопатопо-
добной эксплозивности, и в-третьих, смена вариантов психо-
патоподобных расстройств, развитие психопатоподобной мо-
заичности. Все это обычно наблюдается при вялом дебюте
параноидной шизофрении. Данные о шизоидных чертах мо-
гут рассматриваться лишь как диагностически настоража-
вающий признак, однако больший диагностический вес они
приобретают, когда развивались в более позднем возрасте
на фоне контрастных характерологических черт.

При настойчивых расспросах диссимулирующих больных
нередко удается выявить некоторые симптомы, которые по
их субъективному представлению не являются признаками
психического заболевания и могут наблюдаться у нормаль-
ных людей. К числу таких признаков относятся головные бо-
ли (по крайней мере перед близкими эти жалобы часто не
скрываются). Важен характер этих болей: особенно непрят-
ный характер с чувством жара, стеснения в голове. Нередко
отмечается снижение продуктивности в интеллектуальной ра-
бсте, хотя обычно больные тут же связывают его с какими-
то «объективными» обстоятельствами.

Высокой диагностической значимости симптомы «первого
ранга» К. Шнайдера больными при судебно-психиатриче-
ской экспертизе почти всегда диссимулируются, однако о
их наличии можно судить, выявив у больного особый спон-
танно возникший интерес к гипонозу, телепатии, телекинезу,
парапсихологии. Если беседу на эту тему строить в плане
общих рассуждений как о явлениях, не относящихся к пси-
хическим заболеваниям, то при наличии этих симптомов
больные сообщают о некоторых своих ощущениях, которые
при последующем прицельном расспросе дают возможность
составить более целостное представление о возможности их
психопатологической интерпретации.

Диссимулирующие больные шизофренией, сообщая анам-
нестические сведения, как правило, подгоняют их под шаб-
лонные представления о «нормальной жизни», утаивая все,
что может, по их мнению, показаться в глазах врачей психи-
ческой патологией. В этой связи больные сообщают лишь
формальные вехи своей жизни, не объясняя истинных причин
перехода с одного места жительства или работы на другие,

разводов, развитие тех или иных интересов и т. д. В экспертной работе с диссимулирующими больными важны не столько сами эти изменения, сколько их причины. Настойчивый расспрос о мотивах тех или иных поступков, выявление их логической взаимосвязи помогает вскрытию патологических механизмов деятельности больного.

Определенное диагностическое значение имеют микрокататонические симптомы, отмечающиеся в статусе: манерность, беспричинные улыбки, отгороженность в беседе, избегание взгляда собеседника, вычурные жесты и т. п.

Довольно часто диссимулирующие больные обнаруживают выраженную настороженность, напряженность, когда их расспрашивают об их представлении, что такое психическое заболевание, в чем оно может проявляться, что такое галлюцинации и т. д. На фоне возникающей эмоциональной напряженности легче выявляются нарушения ассоциативного процесса, проскальзывают некоторые диссимулируемые переживания, которые должны быть отправным пунктом дальнейшего расспроса.

Значительным подспорьем в диагностической работе может быть экспериментально-психологическое исследование, которое в случаях шизофрении может выявить ряд характерных расстройств. Однако данные этого исследования приобретают диагностическую значимость только в контексте целостного анализа имеющейся информации.

Определенную объективизацию тенденции к диссимуляции и характера личностной дисгармонии у больных параноидной шизоренией дает использование модифицированного и рестандартизированного варианта теста MMPI* (Ф. В. Березин с соавт., 1976). При выраженной тенденции к диссимуляции у больных параноидной шизофренией наблюдается особое соотношение высоты профиля на оценочных шкалах (L-лжи, F-достоверности, K-коррекции) и клинических (психотических) шкалах теста (6-й — ригидности, 8-й — аутизма). При этом отмечается резкое повышние по шкалам L и K до 75 T баллов, снижение шкалы F до 40 T баллов, отражающее выраженное стремление больных скрыть болезненную симптоматику, отрицать наличие имеющихся затруднений и конфликтов в семейной жизни, трудовой деятельности и других социальных сферах. Этот своеобразный рисунок оценочных шкал сочетается у диссимулирующих больных с пиками на шкалах 8 и 6, отражающих склон-

---

* Ф. В. Березин, М. П. Мирошников, Р. В. Рожанец — Методика многостороннего исследования личности. М., «Медицина», 1976, с. 6—112.

ность к формированию ригидных, некорригируемых концепций и суждений, аутизм и ощущение враждебности со стороны окружающих, что клинически соответствует параноидному синдрому.

Для распознавания истинного состояния у диссимулирующих больных нередко рекомендуют применение кофеин-барбамиловой смеси, которая, как и некоторые нейролептические средства, может снять интеллектуальный и волевой контроль и искусственно сделать подэкспертного доступнее контакту. Следует подчеркнуть, что в тех случаях, когда диагноз психического заболевания всего лишь предположителен, и находящийся на судебно-психиатрической экспертизе может оказаться психически здоровым, применение кофеин-барбамиловой смеси, равно как и нейролептиков для диагностических целей не соответствует утвердившимся в советской судебной психиатрии принципам деонтологии. Только тогда, когда эксперт видит психопатологически обусловленную аффективную напряженность, негативистичность, недоступность, он имеет моральное право, исходя из интересов больного, применять медикаментозные средства. Важно также помнить, что получаемая упомянутым искусственным способом информация о психическом состоянии испытуемого не может быть ведущим аргументом диагностирования.

Тщательное наблюдение, обнаружение и анализ клинических признаков являются основой правильного диагностирования у диссимулирующего больного при проведении судебно-психиатрической экспертизы. Распознавание психического заболевания как процесс диагностического мышления представляет собой сопоставление анамнестических данных и наблюдаемого статуса с теми характерными клиническими картинами, которые типичны для конкретной нозологической формы. В случаях диссимуляции всегда имеет место целенаправленное стремление подэкспертного изменить, извратить истинную картину своего состояния. Важно при этом учитывать, что у диссимулирующего всегда имеется свое субъективное представление и о психической норме и о том, как надо себя вести, чтобы выглядеть психически здоровым, что отражается на особенностях диссимулятивного поведения.

Как упоминалось, возможность больного модулировать под понимаемую им норму свое поведение ограничена имеющимся уровнем поражения (ведущим синдромом). Создаваемый диссимулирующим больным искусственный рисунок на фоне истинной клинической картины имеет с ней непосредственную связь. Поэтому знание типичных вариантов этого искусственного рисунка поведения в условиях судебно-пси-

хиатрической экспертизы способствует распознаванию скрывающейся за ним основы.

На инициальном этапе параноидной шизофрении наступающее чувство собственной психической измененности со страхом «сойти с ума», с навязчимыми явлениями, эпидозическими обманами восприятия, беспокойством и опасениями, что окружающие могут заметить наступающие перемены, в качестве защитной личностной реакции обычно формируется **аутистический модус диссимуляции.** В результате дальнейшего развития процесса и появления более выраженных странностей в поведении, что вызывает расспросы окружающих о причинах такого поведения, больным приходится давать «психологическии понятные» объяснения. При этом на этапе паранойяльного синдрома они могут довольно искусно «логически» объяснять странности своего поведения, что дает основание этот вариант диссимуляции назвать **«рационалистическим».** По мере формирования параноидного синдрома больные теряют ориентировку в том, какие же из особенностей их поведения и высказываний могут быть восприняты как проявления «сумасшествия». Диссимуляция, стремление доказывать свое психическое здоровье при этом синдроме принимает **паралогически-резонерский** характер. При усложнении этого синдрома, так же как и при парафренном развивается **негативистическая форма** диссимуляции. Утверждая, что они абсолютно психически здоровы, больные отказываются от бесед с врачами только по поводу своего здоровья, тогда как по другим вопросам контакт сохраняется и, если больному не показывать сомнения в его психическом здоровье, он достаточно активен в беседе.

Своеобразный вариант представляет **«сюрсимулятивная диссимуляция».** Последняя бывает у больных, в прошлом стационировавшихся, знающих о своем диагнозе шизофрении и имеющих значительный опыт обследования у психиатров. Диссимуляция этих больных состоит как бы из двух этапов. Вначале больные ведут себя демонстративно нелепо, стараясь произвести впечатление психически больного, однако вскоре заявляют, что симулировали не только это состояние, но и тогда, когда им впервые диагностировалась шизофрения. Необходимость «симулирования» они объясняли какими-либо «рационалистическими» мотивами (чаще всего — целью избежать уголовной ответственности, получить полагающуюся больным льготу).

Клинической основой распознавания сюрсимулятивной диссимуляции является, с одной стороны, диагностическая

ретроспективная оценка состояния, а также подробный расспрос, когда началась такая «симуляция», в чем конкретно она выражалась, когда закончилась, какие у обследуемого есть представления о психических заболеваниях, может ли он в настоящее время воспроизвести «симулируемое» в прошлом состояние. Несовпадение объективных сведений с утверждениями испытуемого о начале «симуляции», явное несоответствие (ни по объему психопатологической симптоматики, ни по конкретному ее содержанию) записей в медицинских документах рассказам испытуемого о якобы симулируемом состоянии, а также наблюдаемые нарушения ассоциативного процесса и личностные изменения позволяют оставить в силе ранее установленный диагноз шизофрении.

В период принудительного лечения во время становления ремиссии у больных часто наблюдается диссимуляция в форме «формальной критики», когда больными высказывается формальное признание своего заболевания, но только в прошлом, в период совершения общественно опасного деяния (был «бред», «галлюцинации» и т. п.), в настоящее же время, по утверждению больных, они полностью выздоровели и их можно выписать.

В случаях «формальной критики» к своему заболеванию распознаванию неполной ремиссии способствует тщательный клинический расспрос больного, содержащий конкретные вопросы, в чем же именно состояла болезненность его состояния. Особенно важны расспросы о динамике, когда начались «галлюцинации», «бред» и все то, что больной сам относит к перенесенному приступу болезни. Если действительно ремиссии не наступило и для больного остаются актуальными некоторые из перенесенных им психотических переживаний, он при подробном опросе довольно скоро обнаруживает неспособность отдифференцировать болезненные и психологически обусловленные переживания, при этом наибольшие затруднения обнаруживаются в изложении динамики «исчезновения» психотических симптомов.

Таким образом, в условиях судебно-психиатрической экспертизы учет зависимости диссимулятивных возможностей больного от патокинетических закономерностей параноидной шизофрении является главным в определении истинного психического состояния.

ВАРИАНТЫ ДИССИМУЛЯТИВНОГО ИСКАЖЕНИЯ ТИПИЧНЫХ СИНДРОМОВ ПАРАНОИДНОЙ ФОРМЫ ШИЗОФРЕНИИ

Неврозоподобный синдром — частое расстройство инициального этапа параноидной шизофрении. Известно, что начало шизофрении не имеет специфической симптоматики и это безусловно затрудняет в судебно-психиатрической практике раннюю диагностику шизофрении даже без попыток больных диссимулировать. К настораживающим признакам на этом этапе следует отнести наличие наследственной отягощенности шизофренией, появление головных болей особо неприятного характера, снижение интеллектуальной продуктивности, аутохтонное развитие неврозоподобных расстройств. Если о наследственной отягощенности удается узнать только из объективных сведений, то о головных болях, как жалобах, распространенных и у психически здоровых, снижении работоспособности больные нередко и сами сообщают врачам, давая при этом свои объяснения (переутомление, тяжелые условия на работе, перенесенное соматическое заболевание, ушиб головы, алкогольный эксцесс и др.). Типичной особенностью диссимулятивного поведения на этом этапе является изменение модуса интерперсональных отношений с теми членами микросоциальных групп, которые имеют особое значение для социального статуса подэкспертного.

Необъяснимое «чувство болезни», явления деперсонализации и дереализации, «зарницы» больших синдромов, транзиторные идеаторные нарушения настораживают больных, у них есть осознание наступающих с ними каких-то перемен. Эти переживания часто направляют больных на поиски различных способов самолечения (иногда носящих вычурный, нелепый характер), о которых они сами врачам не сообщают, поэтому соответствующие сведения, полученные со слов родственников, должны быть предметом специальных расспросов больного экспертом. Помимо этого поведение больных меняется в сторону выраженной аутизации, которую в этих случаях нельзя понимать исключительно только как эндогенно обусловленное явление. Стремление скрыть от окружающих психические расстройства, опасения, что происходящие с ними перемены могут быть замечены окружающими, резко ограничивают социальные контакты больных, что и дает основание назвать этот модус диссимулятивного поведения **аутистическим.**

В период судебно-психиатрической экспертизы эти боль-

ные доступны контакту. При активных расспросах врачей они обычно довольно подробно сообщают анамнестические сведения. Изменившийся стереотип поведения или отрицают или объясняют житейскими неприятностями, трудностями на работе, соматическими заболеваниями и т. д. Факт совершенного общественно опасного деяния не отрицают и, если оно было совершено в состоянии алкогольного опьянения, объясняют его только этим и, не раскрывая истинных причин, ссылаются на запамятование. Другое типичное объяснение — семейные неурядицы, «объективные» трудности. Обращает на себя внимание, что при этом синдроме больные не навязывают своего «психологически понятного» объяснения, в беседах они робки, инициативы не проявляют, явно тяготясь расспросами, пытаются скорее вернуться в палату. В отделении они держатся обособленно, редко интересуются сроками экспертизы, ее возможным результатом, не высказывают планов на будущее. Типичны высказывания: «Будет, как суд решит», «отсижу — вернусь домой». При отрицании каких-либо жалоб, которые, по мнению больных, могут быть расценены как признаки психического заболевания они нередко предъявляют жалобы на боли в различных частях тела, опасения возможности соматических заболеваний, которые объективно не подтверждаются и дают повод рассматривать их в плане сенестопатически-ипохондрических расстройств.

Упомянутые анамнестические данные и особенности статуса дают основания для более тщательного диагностического исследования, при котором устанавливается формальная рационалистичность мышления, склонность к аморфно-резонерским рассуждениям, нарушения ассоциативного процесса, неорганизованность мышления при нередко хорошей памяти и эрудиции. Показано применение личностного теста MMPI. Только с учетом вышевысказанных положений возможно использование кофеин-барбамиловой смеси, на фоне действия которой больные при целенаправленных расспросах сообщают об идеаторных расстройствах и других явлениях, соответствующих симптомам 1 ранга по К. Шнайдеру.

Первоначальное диагностирование шизофрении в условиях судебно-психиатрической экспертизы всегда следует устанавливать с большой осторожностью, однако, если имеется сочетание «настораживающих» признаков, отмеченных в общей части, и приведенных более определенных симптомов — диагноз шизофрении может быть обоснован.

Психопатоподобный синдром. Психопатоподобные состояния — также частые расстройства инициального этапа параноидной шизофрении. В целом «настораживающие» признаки те же, что при неврозоподобном синдроме. Для больных также характерен аутистический модус диссимулятивного поведения, однако конкретное его выражение иное. Если при неврозоподобном синдроме типичен «пассивный» уход от контактов, то при психопатоподобном состоянии больные в грубой (часто в брутально-эксплозивной) форме рвут привычные интерперсональные связи. Они не допускают какого-либо «заглядывания в душу», каких-либо расспросов об их изменившемся поведении. При психопатодопобном синдроме диссимулируются те же психопатологические явления (предвестники больших синдромов, симптомы I ранга по К. Шнайдеру), однако, иное, психопатоподобное, состояние формирует иную форму, свой «рисунок» диссимуляции. При этом сами психопатоподобные расстройства не только не скрываются, а выступают в более гротескной форме.

Во время судебно-психиатрической экспертизы эти больные, особенно когда их расспрашивают о психическом здоровье, в резкой форме требуют отправки в тюрьму, прекращения «ненужных расспросов», заявляют, что они здоровы, им нечего делать на экспертизе. Однако если беседу перевести на другую тему, они становятся достаточно контактными, сообщают анамнестические сведения, продолжая диссимулировать вместе с тем все то, что врачу, по мнению больных, может показаться признаком заболевания. В отделении эти больные держатся несколько отгороженно от других испытуемых, насторожены, дают эксплозивные реакции в ответ на расспросы последних об их жизни, о причинах ареста и т. д.

Безусловно настораживающим диагностическим признаком является развитие ранее несвойственных больным или грубое усугубление уже имевших место психопатических расстройств, которые становятся определяющими поведение особенностями. При обычных беседах добиться адекватного объяснения этих перемен не удается, больные отказываются беседовать на эту тему, становятся аффективно напряженными. Помогает в диагностике применение кофеин-барбамиловых смесей, малых доз нейролептиков, снимающих аффективную напряженность и оппозиционность. В целом диагностирование шизофрении обосновано лишь при наличии комплекса данных, отмеченных при предыдущем синдроме.

Параноийяльный синдром является центральным по судебно-психиатрическому значению среди диссимулируемых состояний у больных параноидной шизофренией как по частоте встречаемости, так и по тяжести общественно опасных действий, совершенных по бредовой мотивации.

При развитии систематизированного бреда преследования стремление сохранить к себе отношение как к психически здоровому человеку необходимо больным в первую очередь для борьбы с мнимыми преследователями, для сохранения своего социального статуса в целях более успешной реализации своих бредовых идей. Вместе с тем в ряде случаев мотив диссимуляции исходит и из понимания больными того, что подозрение у них психического заболевания будет сопровождаться отрицательным отношением окружающих, что поставит их в более трудное положение в семье, на производстве и т. д. Больные стремятся, чтобы к их утверждениям относились как к высказываниям психически здоровых людей, их принимали в соответствующих инстанциях и активно регировали на их заявления. Они добиваются, чтобы разоблачения ими преследователей были выслушаны в суде, они готовы понести наказание как психически здоровые, после чего вновь вступить в борьбу за свои права, «за свою честь», но не быть признанными «ненормальными». О своих подозрениях, о нависшей угрозе больные нередко рассказывают близким лицам, сообщают в милицию, предупреждают родных, что они также подвергаются опасности. Но как только замечают, что все эти высказывания оцениваются как болезненные и их попытки доказать и обосновать свою «правоту» безуспешны ,больные теряют контакт с этими лицами и ищут себе новых сторонников и защитников, стремясь подкрепить «правдоподобность» высказываний апелляцией к действительным фактам.

При развитии идей изобретательства и реформаторства больные особенно тщательно относятся к сохранению репутации психически здоровых, лишение которой закрывает перед ними двери учреждений, куда они несли свои прожекты. В начале формирования этих бредовых идей больные не всегда скрывают их от близких людей. Нередко, наоборот, требуют для себя особых условий для занятий «научной работой», подчеркивают перед родственниками свою особую «государственную» значимость. Иногда они свободно рассказывают о сути своих изобретений. Но все это продолжается только до тех пор, пока им не указывают, что это «научное творчество — плод больного воображения». Реакцией на такие утверждения является настороженное, враж-

дебное отношение не только к лицам, высказавшим сомнения в их психическом здоровье, но и ко всем тем, кто априорно не соглашался с идеей больного. Сужение круга лиц, которым больные доверяют свои идеи и одновременное увеличение числа мнимых врагов, которые якобы пытаются их дискредитировать как психически здоровых — характерное развитие диссимуляции у этих больных, приводящее к «преследованию преследователей».

При развитии бреда ревности высказывание этих идей или, наоборот, их утаивание во многом зависит от особенностей социально-личностных отношений больного с теми или иными представителями своего окружения. Перед одними из них больные упорно, пренебрегая всеми противоречиями, доказывают неверность супруга, другим ничего не сообщают о своей уверенности в изменах. Наиболее опасным является диссимуляция с целью снизить «предусмотрительность и осторожность любовников» и нанесения им возмездия в момент, когда они этого не ожидают.

Изменение личности у этих больных развивается медленно .Проявления упрямства, ригидности, педантизма, эгоцентричности лишь постепенно сменяются более выраженной потерей эмоциональной гибкости, однообразием, стереотипией аффекта, однако в достижении своих бредовых целей долгие годы больные сохраняют активность, настойчивость, упорство. Важно отметить, что профессиональные навыки и трудоспособность больных длительное время не утрачиваются; и этот факт часто используется ими как доказательство своего психического здоровья.

При судебно-психиатрическом освидетельствовании сложность диагностирования при этом синдроме обусловлена тем, что фабула паранойяльного бреда часто бывает довольно правдоподобной. Не имея критики к бредовым переживаниям, больные в период экспертизы иногда сообщают о своих идеях ревности, преследования, изобретательства при расспросах о причинах общественно опасного деяния, однако и этим идеям, и своему поведению стремятся отыскать вполне психологически понятные объяснения. Большинство же больных спонтанно об этих идеях не сообщают, и о них (а чаще всего лишь о косвенных указаниях на них) эксперт узнает только из материалов уголовного дела и других объективных источников. Упорные, детальные расспросы больного о причинах развития тех или иных интересов, выбора специальности, смены работы, места жительства, разводов, и других изменений жизненного уклада, мотивов совершенного общественно опасного деяния в сопоставлении с мате-

риалами уголовного дела и другими объективными данными позволяют выйти на «ключевое» переживание, целенаправленный расспрос о котором позволяет вскрыть бредовую систему.

Характерен рисунок поведения этих больных, который дает основание обозначить этот вариант как рационалистическую диссимуляцию. Больные, как правило, довольно легко вступают в контакт. В беседах с врачами держатся подчеркнуто вежливо, часто в категорической форме утверждают, что не должно быть каких-либо сомнений в их психическом здоровье, направление на экспертизу — случайная или умышленная ошибка следственных органов. Больные склонны, рассказывая о своем прошлом, представить себя исключительно в положительном свете. Они с готовностью поддерживают разговор на любую тему, стремясь показать свои знания, жизненный опыт, свою «нормальность». Если вопросы врача затрагивают скрываемую фабулу бреда, больные не уходят от расспросов, а пытаются дать объяснения любым фактам. Желание доказать свою психическую полноценность сопровождается многословием, утрированно-корректным и даже подобострастным поведением. Даже намек на факты их странного поведения в прошлом, упоминания о неправильных умозаключениях воспринимаются крайне обостренно и приводят к новым доказательствам, носящим иногда характер «вербального напора», со стремлением «психологически понятно» объяснить свои переживания и поступки. При хороших интеллектуальных способностях больным нередко удается как бы прикрыть стержневую бредовую фабулу внешне логичными, но по существу односторонними интепретациями реальных фактов. При всем многословии в беседах с врачами, в палате больные держатся настороженно, замкнуто, нередко с чувством собственного превосходства и своими переживаниями с окружающими не делятся.

В экспертной работе с испытуемыми, в отношении которых появляются предположения о наличии паранойяльного бреда, не следует торопиться опровергать «правильность» высказанных больным элементов бредовой концепции. Сомнения должны выдвигаться осторожно, по частным пунктам, поддерживая тем самым заинтересованность больного в беседе и стимулируя его приводить все новые доказательства. Желательно давать больному возможность изложить в письменном виде свои взгляды, объяснения по тем обстоятельствам, которые касаются стержня его переживаний. Письменно фиксированный материал помогает при дальнейшей работе не только четче выявить несоглосованности в объяс-

нениях больного, обнаружить нарушения мышления, но и установить характерные особенности письма больных шизофренией.

Следует отметить, что больные с паранойяльным синдромом, неоднократно наблюдавшиеся у психиатров и знающие о ранее установленном у них диагнозе шизофрении, иногда прибегают к «рационалистическим» доказательствам своего здоровья в настоящем при формальном согласии с заболеванием в прошлом (которое связывается с какими-либо экзогенными причинами). Реже встречается сюрсимулятивное поведение, когда больной после короткого периода нарочито нелепого поведения неожиданно его прекращает и заявляет, что «симулировал болезнь» как в настоящее время, так и при прошлом пребывании в психиатрической больнице. При этом сама «способность» симулировать приводится как доказательство психической полноценности, умения корригировать свое поведение.

Выявление систематизированных бредовых идей, личностных нарушений, расстройств мышления, а также данные теста MMPI, которые при этом синдроме наиболее убедительны, в сочетании с сответствующими анамнестическими сведениями позволяют остановиться на диагнозе шизофрении.

С формированием п а р а н о и д н о г о синдрома больные в большей степени теряют ориентировку в том, какие же из особенностей их поведения и высказываний могут быть восприняты окружающими и врачами как признаки психического заболевания. Они уже не могут логично строить доказательства своего психического здоровья. Мышление претерпевает все более типичные для шизофрении изменения. И все же при отсутствии критики к собственно психотическим переживаниям у больных остается понимание, что что-то в их поведении оценивается другими как психическое расстройство. Стремление сохранить социальный статус психически здорового (или уже поправившегося в период пребывания на принудительном лечении) является мотивом попыток больных дать психологически понятное объяснение имеющимся сведениям об их странном поведении. Однако при этом синдроме эти попытки приобретают характер паралогически-резонерских построений, что дает основание диссимуляцию у этих больных рассматривать как **паралогически-резонерский вариант.** Сам характер диссимуляции, расстройства мышления, фактическая неспособность установить логически понятные причинно-следственные связи способству-

ют в этих случаях правильному диагностированию шизофрении.

При этом синдроме, так же как и при парафренном, наблюдается и **негативистическая форма** диссимуляции. Больные, утверждая, что они абсолютно психически здоровы, отказываются от бесед с врачом по поводу их психического здоровья. Постепенно выясняется, что отказы от бесед на эти темы обусловлены тем, что больные имеют опыт направления в психиатричсекие стационары, назначения инъекций, после того как они рассказывали об обманах восприятия, своих идеях и других психопатологических переживаниях. Вместе с тем больные могут охотно поддержать беседу на любую тему, но только не на близкую к их психотическим переживаниям. Утверждая, что их «все равно правильно не поймут», они не объясняют мотивов общественно опасного деяния и вообще отказываются говорить о себе. При дефиците анамнестических сведений, внешне упорядоченном поведении и определенной «понятности» нежелания человека, находящегося на судебно-психиатрической экспертизе, рассказывать о своем прошлом, такие больные с негативистической диссимуляцией могут вызвать диагностические сложности. Однако микрокатоническая симптоматика (мимика, жесты и др.), расстройства мышления, выявляемые при беседах на отвлеченную тему, аффективная напряженность, возникающая в ответ на расспросы о психическом здоровье, дают весомые основания предполагать диагноз шизофрении. Данные экспериментально-психологического обследования, результаты исследования больного при применении кофеин-барбамиловой смеси и малых доз нейролептиков, которые при этих состояниях показаны, снимают негативистическую напряженность больного, дают достаточный материал для обоснованного клинического диагноза.

Установление факта диссимуляции в тех случаях, когда особо опасное деяние было причинно связано с диссимулируемыми психотическими переживаниями, обусловливает необходимость направления больного на принудительное лечение в психиатрическую больницу специального типа. Длительные наблюдения за такими больными показывают, что сформировавшаяся личностная тенденция к диссимуляции отличается стойкостью, и больные уже в первые месяцы пребывания на принудительном лечении начинают активно диссимулировать («рационалистический», «сюрсимулятивный» варианты), что иногда приводит к преждевременному прекращению лечения в психиатрической больнице общего типа и к повторному общественно опасному деянию.

В период принудительного лечения диссимулирующие больные требуют внимательного наблюдения, так как они стремятся уклониться от проводимой терапии, проявляя в этом постоянное упорство и определенную изобретательность (изощренные способы имитировать прием препаратов, симуляция гипертермии, заболевания сердца, печени, почек, доказательства «успеха» проведенной терапии и демонстрация уже наступившего «выздоровления»). В этом отношении особой терапевтической активности требуют больные, диссимулирующие в целях получения возможности реализации бредовых идей, представляющих по своей фабуле высокую социальную опасность (преследование «преследователей», бредовая месть и т. п.).

В то же время при достижении терапевтического успеха (купирование психотической симптоматики) диссимуляция больным таких остаточных явлений, как например, астенических, в целях скорейшего возврата к семье, к трудовой деятельности не должна служить препятствием к прекращению принудительного лечения. Такое же отношение должно быть и к диссимуляции больного перед навещающими его близкими лицами (попытки психологически понятно объяснить совершенное деяние, оптимизировать прогноз на социальную реадаптацию), если это является результатом правильного осмысливания больным сложности создавшейся ситуации, трудностей последующей социальной адаптации, когда к нему по-прежнему будут относиться как к опасному психически больному. Фактически такое отношение к диссимуляции может иметь место только тогда, когда речь идет о диссимуляции неопасных в социальном отношении остаточных психических расстройств и лишь тогда, когда она отражает положительные личностные установки больного.

Необходимо помнить, что тенденция к диссимуляции является довольно стойкой личностной особенностью. Поэтому при прекращении стационарного лечения и переводе больных под наблюдение психоневрологического диспансера целесообразно специально информировать последний о склонности больного утаивать имеющиеся психические расстройства.

Главный психиатр

А. А. Чуркин

Подп. к печ. 1/XII-1982 г. Зак. 1875 Тир. 2000

Типография Министерства здравоохранения СССР